

喀什地区艾滋病病毒感染者首次健康宣教 技术指南（试行）

第一部分：首次健康宣教提示

首次健康宣教是一项非常关键的工作，健康宣教的质量影响后续治疗的启动及长期随访。要求首次健康宣教人员第一次与感染者见面要建立良好的医患关系。

接诊环境要求：房间要独立、环境要温馨安静、要提前准备必要的物品，如水、卫生纸、笔、纸、宣传材料等。

可以先沟通与疾病无关的事项，了解病人的生活习惯、社交关系，判断病人的性格，稳定感染者情绪，拉近与感染者之间的距离，让感染者有安全感，觉得医生值得信赖，引导进入首次宣教主题。

第二部分：首次健康宣教内容

“您在 XX 医院或疾控，做过 HIV 抗体检测，结果是阳性，HIV 确证检测结果也是阳性。这说明您已经感染了 HIV。”感染者得知此结果可能会很痛苦，此时给感染者一个接受和发泄的时间，适时给予安慰，并告诉感染者：“这个事实可能很难接受，但是既然已经感染，就要面对现实。艾滋病目

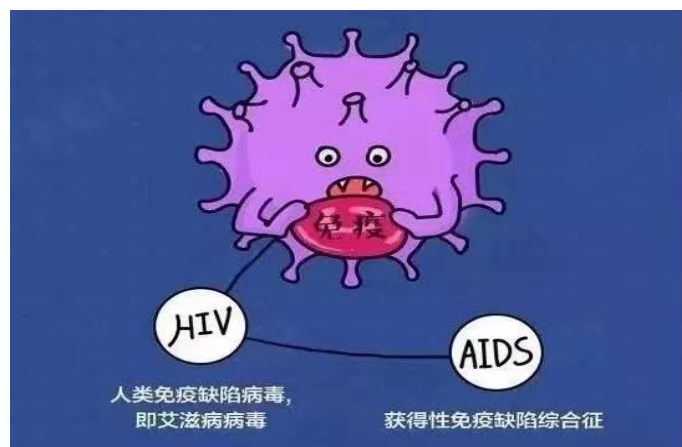
前是一种能够可防可控的慢性病。积极接受抗病毒治疗可以维持正常的生活。”

以下内容请根据患者的文化层次，生活背景等适当调整咨询内容。

一、艾滋病概念

艾滋病病毒（人免疫缺陷病毒，**HIV**），是一种病毒，非常小，肉眼无法看见。该病毒基因复杂，是一种感染人类免疫系统细胞的慢病毒。

艾滋病，也叫获得性免疫缺陷综合征（**AIDS**），是由HIV感染引起的，以人体CD4⁺T淋巴细胞（通常简称CD4细胞）减少为特征的进行性免疫功能缺陷，疾病后期可继发各种机会性感染、肿瘤和中枢神经系统病变的综合性疾患。



自1981年发现全球第一例艾滋病病人以来，虽然艾滋病目前仍然无法治愈，但随着科学技术的发展，艾滋病早已从“世纪杀手”转变为一种可防、可控、可治的慢性传染病。只要做到早检早治，且终生保持良好的服药依从性，HIV感染者的预期寿命已能接近健康人的平均寿命。

如果不接受抗病毒治疗，部分病人病程进展很快，可能发现阳性后短时间内（2年）发展到病程晚期并导致死亡。

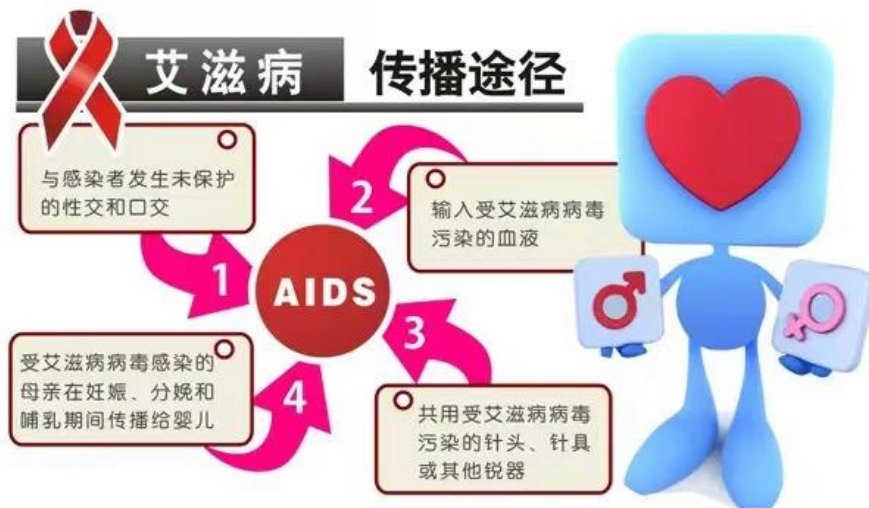
二、传播途径

（一）性传播

存在于精液、阴道分泌物、月经血中的病毒可通过生殖器粘膜而进入另一个人的体内。

（二）通过带有病毒的血液传播

输入含有感染者的血液制品或器官移植；消毒不彻底或不消毒的注射器和针头、口腔科器械、妇产科器械、外科手术器械、针灸针等。



（三）母婴传播

艾滋病病毒感染的妇女所孕育的胎儿或婴儿，可以在孕期、分娩时、哺乳期感染艾滋病病毒。

请注意：

1.患者的粪便、尿液、鼻分泌物、唾液、痰液、汗液、泪液、呕吐物等不具有传染性。

2.咳嗽、打喷嚏、谈话、蚊虫叮咬、共同进餐、同住、同用一个浴池、坐便器等不会传播艾滋病。



三、临床表现

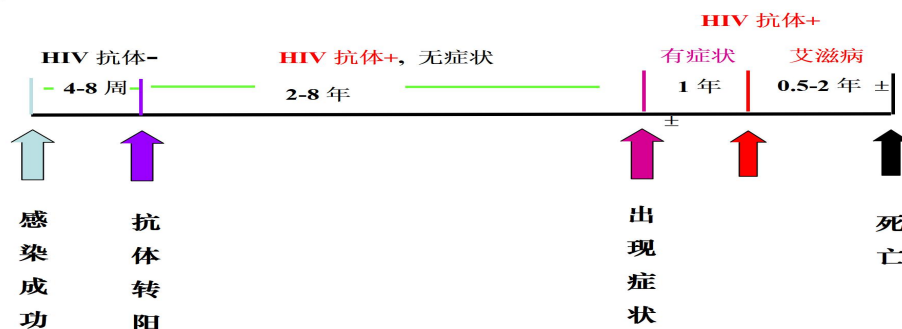
我国将 HIV 感染病程分为急性期、无症状期和艾滋病期。

(一) 临床分期

1. 急性期

通常发生在初次感染 HIV 后 6 个月内。临床主要表现为发热、咽痛、盗汗、恶心、呕吐、腹泻、皮疹、关节痛、淋巴结肿大及神经系统症状。多数患者临床症状轻微，持续 1-3 周后缓解。

此期在血液中可检出 HIV RNA 和 P24 抗原，而 HIV 抗体则在感染后数周才出现。CD4 细胞一过性减少，CD4/CD8 比例可倒置。



2.无症状期

可从急性期进入此期，或无明显的急性期症状直接进入此期。此期持续时间一般为 4-8 年。但也有快速进展和长期不进展者。此期的长短与感染病毒的数量、型别，感染途径，机体免疫状况等多种因素有关。

3.艾滋病期

为感染 HIV 后的最终阶段。病人 CD4 细胞计数明显下降，多 <200 个/mm³，HIV 血浆病毒载量明显升高。此期主要临床表现为 HIV 相关症状、各种机会性感染及肿瘤。

HIV 相关症状：主要表现为持续一个月以上的发热、盗汗、腹泻；体重减轻 10%以上。部分病人表现为神经精神症状，如记忆力减退、精神淡漠、性格改变、头痛、癫痫及痴呆等。另外还可出现持续性全身性淋巴结肿大，其特点为①除腹股沟以外有两个或两个以上部位的淋巴结肿大；②淋巴结直径 $\geq 1\text{cm}$ ，无压痛，无粘连；③持续时间 3 个月以上。

HIV 相关机会性感染及肿瘤的常见症状：发热、盗汗、淋巴结肿大、咳嗽咳痰咯血、呼吸困难、头痛、呕吐、腹痛腹泻、消化道出血、吞咽困难、食欲下降、口腔白斑及溃疡、各种皮疹、视力下降、失明、痴呆、癫痫、肢体瘫痪、消瘦、贫血、大小便失禁、尿储留、肠梗阻等。

（二）常见的机会性感染

呼吸系统：肺孢子菌肺炎（PCP）、肺结核、复发性细菌肺炎、真菌性肺炎等。

中枢神经系统：隐球菌脑膜炎、结核性脑膜炎、弓形虫

脑病、各种病毒性脑膜脑炎等。

消化系统：白色念珠菌食道炎及巨细胞病毒性食道炎、肠炎，沙门氏菌、痢疾杆菌、空肠弯曲菌及隐孢子虫性肠炎等。

口腔：鹅口疮、舌毛状白斑、复发性口腔溃疡、牙龈炎等。

皮肤、淋巴结：带状疱疹、传染性软疣、尖锐湿疣、真菌性皮炎、甲癣、淋巴结结核等。

眼部：巨细胞病毒性及弓形虫性视网膜炎。



常见肿瘤：恶性淋巴瘤、卡波西肉瘤等。



（ 鹅口疮 ）

（ 水痘-带状疱疹 ）

(HIV 相关皮肤病变)



(HIV 相关皮肤病变)



(HIV 相关皮肤病变)



(腋窝软组织感染)



（卡波西肉瘤）



（淋巴结炎）



四、治疗

截止目前，艾滋病还没有有效的预防性疫苗和治愈药物。规范有效的药物治疗，可以将病毒载量控制在非常低的水平，甚至仪器检测不到。当感染者和病人长期病毒抑制后，不仅可以获得和正常人相近的寿命，同时还减少传播给其他人的

风险，感染者和病人也可以回归到正常的学习、工作和生活
中。

（一）治疗时机

1.一旦诊断艾滋病病毒感染，无论 CD4 细胞计数多少，
应尽快开始抗病毒治疗。

2.《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册（第 5 版）》明
确提出，我国 HIV 感染者尽量在诊断后 30 天内尽快启动抗
病毒治疗，特别是合并进展期疾病的感染者，在诊断后 7 天
内启动治疗，前提是没有启动抗病毒治疗的禁忌症。

3.另外，对于有治疗意愿且准备充分的感染者可在诊断
当天启动治疗。

（二）早期抗病毒治疗的好处

1.可减少机会性感染和降低死亡率

机会性感染，通俗地讲是当人体免疫系统被破坏时，发
生的其他疾病感染。如果 HIV 感染者不接受抗病毒治疗，不
抑制体内 HIV 的复制，就很有可能发生机会性感染。目前科
学界公认的是，如果 HIV 感染者在 CD4 细胞计数 >500 个
/ mm^3 时治疗，其预期寿命基本不会受到影响。

2.可减少相关并发症发病风险

HIV 一旦进入人体后，无论感染者当时的 CD4 细胞计数
是高是低，都会对脑、肾脏等全身多处器官造成损伤。早期
接受抗病毒治疗，会抑制 HIV 的复制，大大降低罹患 HIV
相关并发症的发病风险。

3.可更有利地促进免疫功能重建

在接受抗病毒治疗前,HIV 感染者的 CD4 细胞计数水平越低,治疗后免疫功能重建过程不顺利的可能性就越高,这样会导致体内的 CD4 细胞很难恢复到正常水平。如果 HIV 感染者越早接受治疗,就越能够较好地保存免疫功能,获得良好的免疫功能重建。

4.药物副作用发生率较低

HIV 感染者在早期,各器官功能损伤较轻,能较好地耐受抗病毒治疗药物副作用,所以副作用发生概率也会较低。

5.抑制病毒复制、减少传播风险,降低治疗成本、提高治疗效果。

(三) 延误治疗的危害

艾滋病病毒感染者不及时接受抗病毒治疗,将会面临严重的后果。

1.病情会持续进展,罹患艾滋病相关性肿瘤或机会性感染的风险增加,患其他严重非艾滋病相关疾病的风险也会增加,治疗成本也会显著增加。

2.即使在疾病晚期接受规范治疗,治疗效果也会大打折扣,难以恢复到感染前的身体状况,生存质量也会大大降低,增加死亡风险。

(四) 抗病毒治疗药物

目前,常用的抗病毒药物共六大类 30 余种(包括复合制剂),分别为:核苷类反转录酶抑制剂(NRTI)、非核苷类反转录酶抑制剂(NNRTI)、蛋白酶抑制剂(PI)、整合酶抑制剂(INSTI)、融合抑制剂(FI)、辅助受体拮抗剂。

而我国常用抗病毒治疗药物有 NRTI、NNRTI、PI、INSTI、FI 五类。

鉴于仅用一种抗病毒药物容易诱发 HIV 病毒株变异导致发生耐药，因此，主张 3 种或 3 种以上的抗病毒药物联合使用，即我们常说的“鸡尾酒疗法”。根据目前的抗病毒治疗方案，可以组成 2 种 NRTI 骨干药物联合第三类药物的方案。



目前获批临床应用的艾滋病抗病毒治疗药物按照药物费用支付方式主要有三类：

1. 国家免费药物（替诺福韦、拉米夫定、阿巴卡韦、齐多夫定、奈韦拉平、依非韦伦、洛匹那韦利托那韦、利匹韦林和多替拉韦等）。

2. 医保报销药物（比克恩丙诺、拉米夫定多替拉韦、艾诺米替、艾考恩丙替、艾诺韦林、多拉米替等）。

3. 自费药物（拉替拉韦、恩曲他滨替诺福韦、恩曲他滨丙酚替诺福韦）。



(五) 药物不良反应

1.和所有药物一样，它也有一定的副作用。虽然其中许多是轻微或短暂的，但在极少数情况下也会导致危及生命。

2.不同的 HIV 药物会引起不同的副作用。此外，服用相同 HIV 药物的人可能会产生不同的副作用。

3.HIV 药物的副作用可能只持续几天或几周。例如恶心、疲劳和睡眠困难是 HIV 药物的一些短期副作用。

4.若出现药物不良反应，一定不能擅自停药，请及时前往附近抗病毒治疗医疗机构就诊，咨询您的主治医生或个管师，由专业人士来指导换停药。另外，若在治疗期间出现恶心、眩晕或皮疹等，应立即与主诊医生联系，请勿自行服用其它药物，以免掩盖或加重病情。

(六) 不良反应分类

1.消化道症状

常表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻症状。

可见于：齐多夫定、洛匹那韦利托那韦。

2.骨髓抑制

贫血和中性粒细胞减少通常在抗病毒治疗前 4 个月出现。

可见于：齐多夫定。

3.皮疹

药物过敏的症状包括：斑丘疹、红皮病、剥脱性皮炎，发热，肌肉疼痛，关节痛。

一般发生在开始治疗前 3 个月，1-2 级为轻中度皮疹，通常在 3-5 天自动消失，3-4 级皮疹极其罕见。

可见于：奈韦拉平、依非韦伦。

4.中枢神经系统影响

可能引起的中枢神经系统影响包括：头晕、失眠、紧张、注意力不集中、抑郁症、自杀意念、精神病等。

可见于：依非韦伦。

5.肝毒性

肝毒性的症状包括：皮疹、胃疼、恶心呕吐、乏力、深色尿、浅色大便、黄疸(皮肤和眼睛发黄)、食欲不振、发热等。

可见于：依非韦伦、利匹韦林、奈韦拉平。

6.肾损伤

药物引起的肾损害和毒性通常是无症状的，因此需要进行实验室检测以检查各种生物标志物。

可见于：替诺福韦。

7.乳酸酸中毒

乳酸酸中毒的症状可能包括：恶心、呕吐。

可见于：齐多夫定。

8.高脂血症

某些抗逆转录病毒药物会增加血脂水平，导致胆固醇和甘油三酯高。

可见于：依非韦伦、洛匹那韦利托那韦。

9. 脂肪代谢障碍

艾滋病毒药物引起的脂肪营养不良症状包括：手臂、腿和脸部皮下脂肪逐渐减少；面部、颈部、上背部和腰部赘肉

增多,这可能会导致双下巴,上背部隆起(也被称为“水牛驼峰”),并扩大腰围。

可见于:蛋白酶抑制剂(PI)。

药物	不良反应
拉米夫定	不良反应少,且较轻微,偶有头痛、恶心、腹泻等
齐多夫定	1)骨髓抑制、严重的贫血或中性粒细胞减少症;2)胃肠道不适:恶心、呕吐、腹泻等;3)磷酸肌酸激酶或ALT升高,乳酸酸中毒和/或肝脂肪变性
替诺福韦	1)骨质疏松;2)肾脏毒性;3)轻至中度消化道不适,如恶心、呕吐、腹泻等;4)代谢异常如低磷酸盐血症,脂肪分布异常,可能引起酸中毒和/或肝脂肪变性
阿巴卡韦	1)过敏反应,一旦出现过敏反应应终身停用;2)恶心、呕吐、腹泻等
依非韦仑	1)中枢神经系统毒性,如头晕、头痛、失眠、抑郁、非正常思维等;可产生长期神经精神作用;可能与自杀意向相关;2)皮疹;3)肝损害;4)高脂血症和高甘油三酯血症
利匹韦林	主要为抑郁、失眠、头痛和皮疹
艾诺韦林	主要为肝损害、多梦、失眠等
多拉韦林	不良反应少,偶有恶心、头晕、异梦
达芦那韦/考比司他	腹泻、恶心和皮疹
洛匹那韦/利托那韦	主要为腹泻、恶心、血脂异常,也可出现头痛和转氨酶升高
拉替拉韦	常见的有腹泻、恶心、头痛、发热等;少见的有腹痛、乏力、肝肾损害等
多替拉韦	常见的有失眠、头痛、头晕、异常做梦、抑郁等精神和神经系统症状,和恶心、腹泻、呕吐、皮疹、瘙痒、疲乏等,少见的有过敏反应,包括皮疹、全身症状及器官功能损伤(包括肝损伤),降低肾小管分泌肌酐
拉米夫定多替拉韦	不良反应参见拉米夫定和多替拉韦
多拉米替	不良反应参见替诺福韦、拉米夫定和多拉韦林
多替拉韦/阿巴卡韦/拉米夫定	不良反应参见拉米夫定、阿巴卡韦和多替拉韦
艾维雷韦/考比司他/恩曲他滨/丙酚替诺福韦	1)腹泻;2)恶心;3)头痛
比克替拉韦/恩曲他滨/丙酚替诺福韦	1)头痛;2)腹泻;3)恶心
艾博韦泰	过敏性皮炎、发热、头晕、腹泻

(七) 服药的注意事项

1.目前还没有药物可以根治这种疾病,现阶段药物只能抑制病毒而不能彻底清除病毒,HIV感染者一旦开启正规的抗病毒治疗,需终身服药。

这是因为抗病毒药物只能抑制活动的病毒,一旦停药,躲藏在体内静止的病毒又会开始活动并大量复制,再次破坏刚恢复的免疫功能,导致病情出现反复,不利于治疗。

2.要保持良好的服药依从性,按时按量规范服药,不得擅自停药、减量或经常性漏服。

服药依从性差,会导致体内血药浓度低,病毒产生变异诱发耐药。耐药意味着用药选择受限、治疗成本增加,也会增加死亡风险。

3.在医生的指导下定期进行复查,监测治疗效果,及时发现和处理抗病毒药物的副作用。

4.如果服药过程中出现异常状况，应及时与医生沟通。

5.忘记服药的处理措施：别慌！请及时补服。一般情况下，一天吃 2 次的 6 小时内补服，一天吃 1 次的 12 小时内补服，下次服药时间按原来吃药时间。

若距离下次服药时间接近，则不再补服，当做漏服一次，下次服药仍然按照原来服药时间。

注意：每月漏服药物次数不超过 2 次，建议使用药盒分装，闹钟提醒，养成规律服药习惯。

五、治疗效果评估

（一）病毒学反应参考指标——HIV 病毒载量

【HIV-RNA 病毒载量】		昆医院检验报告单			5513Z - 09X 0A1A
姓名:	性别: 男	年龄: 54	送检编号: QKSS24	患者治疗号:	
标本状态: 血清	样本类型: 血清	送检单位: 喀什市 CDC			
项 目	英文名称	结果	单 位	最低检测限	
人类免疫缺陷病毒	HIV-RNA	8762	copies/ml	<40	

申请时间: 采集时间: 检验者: 审核表

接收时间: 报告时间:

*此报告仅对本份标本负责, 供临床参考。如有疑问请与抗病毒实验室联系复核!

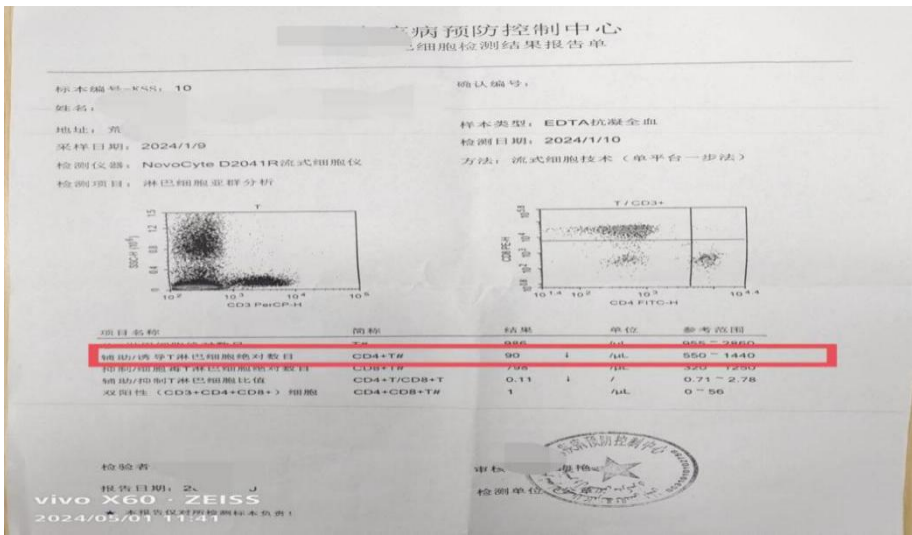
对感染者来说，病毒载量肯定是越低越好，小于 50 拷贝/ml 为病毒抑制。如果规范服药 6 个月后，连续两次病载检测数值大于 200 拷贝/ml，则考虑病毒学失败。

HIV 病毒载量（病载）就是存在血液中的 HIV 病毒颗粒数目，病毒数量越多，可能会侵染更多的免疫细胞。服用抗病毒药物能够抑制 HIV 繁殖，减少新生的病毒数量。同时，抗病毒药物会阻止血液中的 HIV 入侵免疫细胞。因此，接受抗病毒治疗后体内的 HIV 病载越来越低，一般治疗 3-6 个月

可以达到检测不到的水平，病毒完全抑制，即我们常说的“病载为 0”。

（二）免疫学参考指标——CD4 细胞计数

对感染者来说,CD4 细胞肯定是越高越好,数值大于 500 个/mm³ 以上可以提供足够的保护。经过规范抗病毒治疗,在 HIV 病载完全抑制的情况下,CD4 细胞会逐渐上升,平均每年上升 150 个/mm³。持续的低 CD4 细胞水平,容易感染一些细菌、病毒、寄生虫等发生机会性感染,甚至增加死亡的风险。



（三）临床参考指标——机会性感染

经过规范抗病毒治疗 6 个月以后,发生机会性感染或恶性肿瘤,比如肺孢子菌肺炎、结核病、巨细胞病毒感染、卡波西肉瘤、淋巴瘤等,可考虑发生了临床失败。

六、HIV 耐药

（一）什么是 HIV 耐药？

HIV 耐药,是病毒在药物的作用下逐渐发生变异,使得原本有效的药物变得疗效下降,甚至完全失效。通俗地说,

就是感染者体内的病毒已经不怕正在服用的药物了，继续服用同种药无法再抑制病毒的复制。

HIV 耐药，对患者个体而言，如果不及时调整治疗方案，不仅会降低药物的病毒学抑制率，影响治疗方案的持续性和有效性，导致治疗失败，病情发展，危及生命健康。对于公众层面而言，增加 HIV 耐药株的传播风险，对公共卫生产生巨大威胁。

（二）为什么会出现 HIV 耐药？

HIV 耐药的形成因素主要有以下三方面：

1.病毒本身。HIV 是一种变异性很强的病毒，病毒复制过程复杂，即使无其它干扰因素，病毒自身就存在突变机会。

2.患者原因。目前，大部分有 HIV 耐药与服药不依从（不规范服药）有关。比如个别感染者由于症状不明显，忽视了按时服药的重要性，随意中断或减少药物剂量。还有个别感染者则由于药物副作用而不能坚持治疗。这些不规范的、断断续续的治疗，导致血药浓度不稳定，病毒在药物选择压力下不断变异，耐药基因突变株越来越多，最终产生耐药性。

3.药物原因。制定治疗方案时，如果选用耐药屏障低的药物，加上患者本人不能依从服药，易诱发耐药。从现有的临床情况来看，因药物抗病毒效果低和耐药屏障低产生的耐药也应该引起警惕。

一般来说，如果服药依从性良好，病毒载量抑制在 50 拷贝/ml 以下时，一般不会出现新的耐药突变，此时体内潜伏的病毒型和血清中病毒型相一致。当病毒载量没有得到长

期的完全抑制，则有可能产生新的耐药突变株，耐药的可能性就比较大。

（三）如何发现耐药？

发生 HIV 耐药的症状其实并不典型或也不明显，需要 HIV 感染者主动定期到专业机构进行病毒载量监测，必要时进行耐药监测，这点非常关键。

观察抗病毒治疗效果的最重要指标就是病毒载量检测，感染者每半年定期就要进行一次病毒载量检测。

（四）如何预防耐药？

检测项目及结果。此标本 PCR 未见扩增				
基因区	耐药相关基因突变		抗病毒药物	耐药程度
蛋白酶区 (PR)	/		阿扎那韦 (ATV)	未检测到耐药
			地拉那韦 (DRV)	未检测到耐药
			夫沙那韦 (FPV)	未检测到耐药
			那地那韦 (IDV)	未检测到耐药
			克力芝 (LPV/r)	未检测到耐药
逆转录酶区 (RT)	核苷(酸)类逆转录酶抑制剂 (NRTI) 相关	/	奈韦拉韦 (NVP)	未检测到耐药
			沙奎那韦 (SQV)	未检测到耐药
			替拉那韦 (TPV)	未检测到耐药
			阿巴卡韦 (ABC)	未检测到耐药
			齐多夫定 (AZT)	未检测到耐药
	非核苷类逆转录酶抑制剂 (NNRTI) 相关		司他夫定 (d4T)	未检测到耐药
			地丹诺辛 (ddI)	未检测到耐药
			恩曲他滨 (FTC)	未检测到耐药
			拉米夫定 (3TC)	未检测到耐药
			替诺福韦酯 (TDF)	未检测到耐药
			依非韦仑 (EFV)	未检测到耐药
			Etravirine (ETR)	未检测到耐药
			奈韦拉韦 (NVP)	未检测到耐药
			Rilpivirine (RPV)	未检测到耐药
			Doravirine (DOR)	未检测到耐药

检测方法: In house 法 耐药解释系统: 美国斯坦福大学 HIV 耐药分析数据库 (HIVDB)

备注: 本结果仅提供耐药性参考(低度及以上耐药有临床参考价值), 病人对药物的耐受情况需结合临床情况具体分析。

检验者: 李 强 审核者: 王 强 批准人: 李 强

1.开展耐药检测。建议新确诊 HIV 感染者在启动抗病毒治疗前进行耐药检测，尽量避免使用有耐药或潜在耐药的药物。条件允许的情况下，建议起始治疗就选择强效抑制病毒且具有高耐药屏障的药物，以获得良好的治疗效果和生活品质，减少耐药发生，保证长期治疗成功。

2.严格按医嘱服药。为了确保抗病毒治疗的效果，应至少保证 95%以上的服药依从性，比如，医嘱要求每月服药 30

次，要求依从服药 $\geq 95\%$ ，换言之，每个月漏服次数不得超过2次，方可保证治疗效果。

3.按时随访。定期检测病毒载量、CD4 细胞计数等指标，以评价抗病毒治疗的效果，及时发现抗病毒药物的不良反应，以及是否产生病毒耐药性等，及时更换药物以保证抗病毒治疗成功。同时，做好自我管理，要及时的关注、检测身体各项指标的变化，如果发现数据趋势异常或病毒载量反弹等，请及时与主诊医生联系。

4.日常与主诊医生保持联系，告知主诊医生正在服用的其他药物以及保健品名称。因为抗病毒药物与其它药物可能存在相互影响或不能同时服用，比如服用比克恩丙诺(商品名：必妥维)、多替拉韦、艾考恩丙替(商品名：捷扶康)等药物，避免与多价离子类(镁、铝、钙、抗酸剂等)药物同服。如需服用，应间隔2小时以上。



七、定时随访、复查

目前，国内艾滋病抗病毒治疗参照《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》第五版执行，接受抗病毒治疗的患者需要定期随访，随访的内容包括临床评估和实验室检查。

（一）首次服药的新病人前三个月随访及复查时间：服药后 15 天、1 个月、2 个月、3 个月；服药 3 个月后，每 3 个月随访及复查一次。

（二）服药后检查项目：肝功、肾功、血脂、血糖、血常规、尿常规；每年至少一次：心电图、胸片、腹部 B 超、乙肝、丙肝、梅毒检测。

（三）服药 1 年后每年免费检查 1 次 CD4 和病毒载量、耐药检测。

内容	基线	月	月	月	月	月	月	月	月	月
	0	0.5	1	2	3	6	9	12	15	18
随访时间	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
体重	×		×	×	×	×	×	×	×	×
全血细胞计数和分类	×	×	×	×	×	×		×		×
尿常规	×		×	×	×	×		×		×
肝功能	×	×	×	×	×	×		×		×
肾功能	×									
CD4 ⁺ T淋巴细胞计数	×	至少每年一次（可根据患者具体病情需要增加检测频次）								
病毒载量	×	启动治疗后，建议在治疗 6 个月、12 个月时检测病毒载量，之后每年至少一次								
胸部X线检查	×							×		

内容	基线	月	月	月	月	月	月	月	月	月
	0	0.5	1	2	3	6	9	12	15	18
EFV	妊娠检测	×								
	皮疹		×	×	×					
LPV/r	CHO、TG（空腹）	×				×		×		×
TDF	肾功能	×			×	×		×		×
ABC	HLA-B 5701	×								

八、艾滋病单阳家庭防护

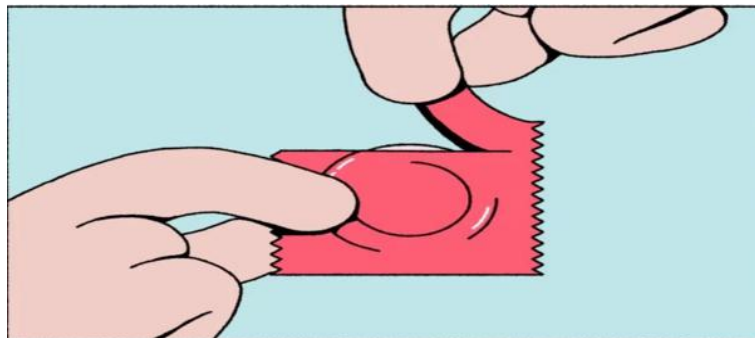
单阳家庭，是指夫妻双方中有一方感染艾滋病毒，而另一方处于“未感染但暴露”的状态。如何有效降低配偶感染风险呢？



（一）保障性伴知情权。在适当的时机进行性伴告知，让夫妻性行为建立在理解、尊重、平等和安全的基础上。

（二）了解 HIV 传播相关知识，以下行为均不会传染 HIV：与 HIV 感染者共同就餐或共用餐具、共用水源、共用交通工具、共用房间、共用马桶、洗脸池/盆或其他卫生设备（不包括易造成出血的设备如牙刷、剃须刀等）、共用电话、电脑以及其他办公设备、共同游泳或淋浴、握手、拥抱、礼节性接吻、近距离交谈、打喷嚏、咳嗽、蚊虫叮咬。

（三）坚持使用安全套。使用安全套目前仍是避免 HIV 经性传播的主要手段。数据显示，异性单阳配偶间持续使用安全套来避免 HIV 传播的有效性达 80%-97%。

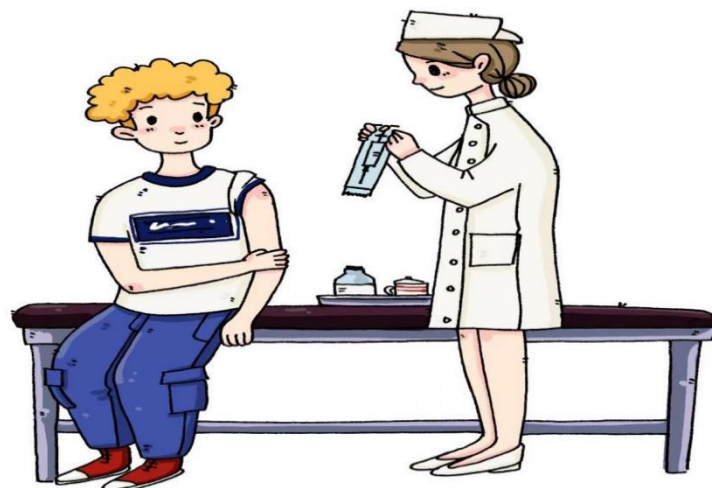


（四）暴露前/后预防。暴露前预防（PrEP）作为一种新型有效的生物学预防方法，即通过服用抗病毒药物来预防 HIV 感染，可以降低高风险人群性传播 HIV 感染的风险。PrEP 可以将因性行为而感染艾滋病毒的风险降低 90% 以上，阴性伴侣可以选择这些药物来预防 HIV 感染。除此之外，72 小时内的暴露后预防（PEP）也同样有效，可以大大降低感染 HIV 的风险，需要暴露者不间断服用阻断药物 28 天。



（五）坚持服药。成功治疗，也有助于预防将 HIV 传播给他人，保护您的家人和朋友。

（六）阴性配偶或固定性伴定期检测。目前疾控中心自愿咨询检测门诊和一些 HIV 公益组织都能在保证隐私的前提下，提供免费的 HIV 咨询和检测服务。为了阴性配偶或固定性伴的健康，建议每 3 个月定期咨询检测。



九、预防艾滋病母婴传播的有效措施

(一) 发现感染的育龄夫妇，建议在医生评估下科学备孕，避免非意愿妊娠。

(二) **规范的抗病毒治疗。**对于孕期发现艾滋病病毒感染的孕产妇，应当立即到定点抗病毒治疗单位给予抗病毒治疗，定期检测、随访，根据病毒载量检测结果进行疗效评估。

(三) **安全助产。**孕期在艾滋病定点分娩医院充分咨询，孕晚期及时到定点医院待产。艾滋病病毒感染不作为实施剖宫产的指征。对于孕早、中期已经开始抗病毒治疗、规律服用药物、没有艾滋病临床症状，或孕晚期病毒载量 <1000 拷贝/ml，或已经临产的孕产妇，不建议施行剖宫产，避免紧急剖宫产。

(四) **产后喂养指导。**建议完全人工喂养，因某种原因不能提供足够的配方奶时，可纯母乳喂养 6 个月（最好经消毒后喂养），禁忌混合喂养。母乳喂养期间，产妇乳腺炎和婴儿鹅口疮会增加母乳喂养 HIV 传播的风险，应及时识别和治疗。所有艾滋病病毒感染母亲在孕期和产后都需要持续抗病毒治疗。



（五）儿童艾滋病病毒感染状况监测和随访。艾滋病孕产妇所生儿童应当在生后 6 小时内尽早开始服用抗病毒药物，根据风险评估选择相应的治疗方案。在生后 48 小时内、6 周和 3 个月时，分别采集血标本，进行婴儿艾滋病感染早期核酸检测，并纳入高危儿管理，在儿童满 1、3、6、9（8）、12 和 18 月龄时，分别进行随访和体格检查。

十、法律责任

艾滋病病毒感染者也是艾滋病的受害者，应该得到理解和关心，但故意传播艾滋病的行为既不道德，也要承担法律责任。

（一）艾滋病病毒感染者/病人的各项权利受到法律保护。

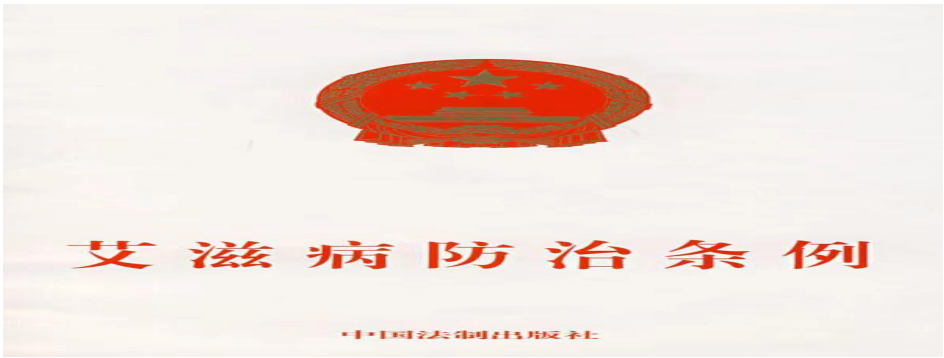
《传染病防治法》规定，“任何单位和个人不得歧视传染病病人、病原携带者和疑似传染病病人”。《艾滋病防治条例》规定，“任何单位和个人不得歧视艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属。艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属享有的婚姻、就业、就医、入学等合法权益受法律保护”。



（二）艾滋病病毒感染者/病人在得知感染艾滋病病毒后应主动告知性伴或配偶。若继续同他人发生无保护性行为则为故意传播。《艾滋病防治条例》第 38 条规定，“艾滋病病

毒感染者和艾滋病病人不得以任何方式故意传播艾滋病”。

《传染病防治法》第 77 条规定，“单位和个人违反本法规定，导致传染病传播、流行，给他人人身、财产造成损害的，应当依法承担民事责任”。



十一、服药卡

您的治疗信息如下

序号	药物名称	用量	用法
1.			
2.			
3.			
备注	若发生紧急情况时，请拨打咨询电话：		

